

| | | | |
|-------|---|-------|------------------|
| 索引号: | 11220000013544357T/2017-00777 | 分类: | 劳动、人事、监察、社会保障;通知 |
| 发文机关: | 吉林省人民政府办公厅 | 成文日期: | 2017年10月23日 |
| 标题: | 吉林省人民政府办公厅关于印发吉林省进一步深化基本医疗保险支付制度改革实施方案的通知 | | |
| 发文字号: | 吉政办发〔2017〕74号 | 发布日期: | 2017年10月27日 |

**吉林省人民政府办公厅关于印发
吉林省进一步深化基本医疗保险
支付制度改革实施方案的通知**
吉政办发〔2017〕74号

各市(州)人民政府,长白山管委会,长春新区管委会,各县(市)人民政府,省政府各厅委办、各直属机构:

《吉林省进一步深化基本医疗保险支付制度改革实施方案》已经省政府同意,现印发给你们,请认真贯彻执行。

吉林省人民政府办公厅
2017年10月23日

(此件公开发布)

**吉林省进一步深化基本医疗保险
支付制度改革实施方案**

医疗保险支付制度改革是加强医疗保险管理和深化医药卫生体制改革的重要环节,是调节医疗服务行为、引导医疗资源配置的重要杠杆。近年来,我省积极推进医疗保险支付制度改革,在保障参保人员基本医疗需求、规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长等方面取得了积极成效。为贯彻落实《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》(国办发〔2017〕55号)、《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2017年重点工作任务的通知》(国办发〔2017〕37号)、《吉林省“十三五”深化医药卫生体制改革规划》(吉政发〔2017〕19号)精神,进一步发挥医疗保险对医疗服务供需双方特别是对供给方的引导制约作用,结合我省实际,制定本实施方案。

一、总体要求

(一)指导思想。

贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府决策部署,紧紧围绕深化医药卫生体制改革目标,正确处理政府和市场关系,全面建立并不断完善符合吉林省省情和医疗服务特点的医疗保险支付制度体系。健全医疗保险支付机制和利益调控机制,激发医疗机构规范行为、控制成本、合理收治和转诊患者的内生动力,实行精细化管理,引导医疗资源合理配置和患者有序就医,支持建立分级诊疗模式和基层医疗卫生机构健康发展,切实保障广大参保人员基本医疗权益和医疗保险制度长期可持续发展。

(二) 基本原则。

1. 保障基本。坚持以收定支、收支平衡、略有结余,不断提高医疗保险基金使用效率,着力保障参保人员基本医疗需求,促进医疗卫生资源合理利用,筑牢保障底线。

2. 建立机制。建立健全医疗保险经办机构与医疗机构间的谈判协商机制和风险分担机制;发挥医疗保险第三方付费优势,健全医疗保险对医疗行为的激励约束机制及质量评价机制和医疗费用控制机制,促进医疗机构从规模扩张向内涵式发展转变;建立健全宏观调控机制、信息公开机制,优化医院绩效评价和内部绩效分配机制。

3. 因地制宜。各地要从实际出发,充分考虑医疗保险基金支付能力、医疗保险管理服务能力、医疗服务特点、疾病谱分布等因素,积极探索创新,实行符合本地实际的医疗保险支付方式。

4. 统筹推进。统筹推进医疗、医疗保险、医药各项改革,注重改革的系统性、整体性、协调性,发挥部门合力,多措并举,实现政策叠加效应。

(三) 改革目标。

根据我省城镇职工医疗保险、城乡居民医疗保险(包括城镇居民医疗保险、新农合,下同)发展的不同特点,结合实际情况确定不同的改革侧重点并分步推进。2017年起,进一步加强医疗保险基金预算管理,深入实施医疗保险基金总额控制,全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。不断扩大病种付费的数量和实施范围,积极按照国家要求,开展按疾病诊断相关分组(DRGs)付费试点,鼓励各地完善按人头、按床日等多种支付方式。逐步建立健全与我省医疗保险制度发展相适应的以基金预算下总额控制为基础,以复合式支付方式、弹性结算为核心,以医疗服务监管与评价为保障的结构规范、机制完善、覆盖全面的医疗保险支付制度体系。到2020年,在全省范围内普遍实施适应不同地区、不同疾病、不同服务特点的多元复合式医疗保险支付方式,医疗保险保障绩效得到有效提升。

二、深化改革内容

(一)加强医疗保险基金预算管理。按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则,科学编制并严格执行基金预算。进一步扩大基本医疗保险覆盖范围,加强和规范基本医疗保险费征收管理。强化基金支出预算编制,并将支出预算管理和支付管理相结合,加强支出预算的执行力度,支付标准的调整要在支出预算范围内进行。强化预算管理在基金管理中的核心地位,加强各统筹地区的预算管理,逐步提高医疗保险统筹层次,推动建立医疗保险省级调剂金制度,探索建立第三方对基金收支预算编制和执行情况的评估机制,增强预算编制与执行的准确性、合理性和科学性。科学设定基金保值增值方案,提升基金收益率。加快推进基金收支决算公开,接受社会监督。(省财政厅、省人力资源社会保障厅、省卫生计生委分别负责)

(二)完善医疗保险基金总额控制。

1.按照人力资源社会保障部、财政部、卫生部《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》(人社部发〔2012〕70号)要求,结合基金预算管理,合理确定统筹地区总额控制目标,全面实施医疗保险基金总额控制管理。细化分解总额控制指标,综合考虑经济发展水平、物价水平、参保人员医疗消费水平等各类支付风险因素,采用精算技术确定医疗保险基金向统筹区域内各定点医疗机构支付的年度总额控制指标,指标应向基层医疗卫生机构、儿童医疗机构等适当倾斜。完善与总额控制相适应的考核评价体系和动态调整机制。总额控制指标制定过程按规定向医疗机构、相关部门和社会公开。定点医疗机构根据总额控制管理要求,健全内部管理机制,合理控制医疗费用,提高医疗服务质量,保障参保人员权益,控制参保人员个人负担。城镇职工医疗保险全面实施,城乡居民医疗保险分步实施。(省人力资源社会保障厅、省卫生计生委分别负责)

2.探索推进点数法在基金总额控制管理和复合式支付管理中的应用,逐步使用区域(或一定范围内)医疗保险基金总额控制代替具体医疗机构总额控制。采取点数法的地区确定本区域医疗保险基金总额控制指标后,不再细化明确各医疗机构的总额控制指标,而是将病种、项目、床日等各种医疗服务的价值以一定点数体现,年底根据各医疗机构所提供服务的总点数以及地区医疗保险基金支出预算指标,计算每个点的实际价值,按照各医疗机构实际点数付费,促进医疗机构之间分工协作、有序竞争和资源合理配置。城镇职工医疗保险、城乡居民医疗保险城镇部分先行试点。(省人力资源社会保障厅牵头负责)

(三)实行多元复合式医疗保险支付方式。

1.针对不同医疗服务特点,实行以按总额预付、按病种付费为主,按人头付费、按服务单元付费、按疾病诊断相关分组、按床日付费

多种方式相结合的多元复合式医疗保险支付方式,逐步减少按项目付费。对住院医疗服务,主要按病种、按疾病诊断相关分组付费,长期、慢性病住院医疗服务可按床日付费;对基层医疗服务,可按人头付费,积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合;对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用,可按项目付费;对服务量与医疗费用初具规模,并在一定时期内比较稳定的基层定点医疗机构的住院医疗费用,可根据实际情况实行按服务单元付费。继续落实对中医药服务的支持政策,逐步扩大纳入医保支付的医疗机构中药制剂和针灸、治疗性推拿等中医非药物诊疗技术的范围,探索符合中医药服务特点的支付方式,鼓励提供和使用适宜的中医药服务。(省人力资源社会保障厅、省卫生计生委分别负责)

2. 重点推行按病种付费。原则上对诊疗方案和出入院标准比较明确、诊疗技术比较成熟的疾病实行按病种付费。逐步将日间手术以及符合条件的中西医病种门诊治疗纳入医疗保险基金病种付费范围。在保证疗效的基础上科学合理确定中西医病种付费标准,引导适宜技术使用,节约医疗费用。做好按病种收费、付费政策衔接,合理确定收费、付费标准,由医疗保险基金和个人共同分担。2017年,全省按病种收费的病种中,城市公立医院按病种付费数量不少于100种、县级公立医院不少于50种。(省人力资源社会保障厅、省卫生计生委分别负责,省物价局配合)

3. 开展按疾病诊断相关分组付费试点。探索建立按疾病诊断相关分组付费体系。按疾病病情严重程度、治疗方法复杂程度和实际资源消耗水平等进行病种分组,坚持分组公开、分组逻辑公开、基础费率公开,结合实际确定和调整完善各组之间的相对比价关系。可以疾病诊断相关分组技术为支撑进行医疗机构诊疗成本与疗效测量评价,加强不同医疗机构同一病种组间的横向比较,利用评价结果完善医疗保险付费机制,促进医疗机构提升绩效、控制费用。加快提升医疗保险精细化管理水平,逐步将疾病诊断相关分组用于实际付费并扩大应用范围。疾病诊断相关分组收费、付费标准包括医疗保险基金和个人付费在内的全部医疗费用。城镇职工医疗保险、城乡居民医疗保险城镇部分先行试点。(省人力资源社会保障厅牵头负责,省卫生计生委、省财政厅配合)

4. 完善按人头付费、按床日付费等支付方式。支持分级诊疗模式和家庭医生签约服务制度建设,依托基层医疗卫生机构推行门诊统筹按人头付费,促进基层医疗卫生机构提供优质医疗服务。明确按人头付费的基本医疗服务包范围,保障医疗保险目录内药品、基本医疗服务费用和一般诊疗费的支付。逐步从糖尿病、高血压、慢性肾功能衰竭等治疗方案标准、评估指标明确的慢性病入手,开展特殊慢性

病按人头付费,鼓励医疗机构做好健康管理。建立与长期护理保险相适应的支付方式,对适应长期护理人员或精神病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院照顾治疗且日均费用较稳定的疾病,在采取按床日付费为主要支付方式的同时,加强对平均住院天数、日均费用以及治疗效果的考核评估,探索完善与长期护理保险定点机构的按床日付费和按项目付费相结合的支付方式。城镇职工医疗保险、城乡居民医疗保险城镇部分先行实施。(省人力资源社会保障厅牵头负责)

(四)完善弹性结算办法。合理确定基本医疗保险基金和定点医疗机构对结余资金留用和超支费用的分担办法。依托医疗保险信息系统,以电子对账、银行集中支付等方式提高医疗保险基金结算效率,按照定点服务协议的约定,按时、足额结算,确保定点医疗机构医疗服务正常运行。在保证医疗数量、质量和安全并加强医疗保险协议履约情况考核的基础上,逐步形成费用超支由定点医疗机构合理分担,结余资金由定点医疗机构合理留用的机制。对定点医疗机构结算周期内未超过总额控制指标的医疗费用,医疗保险经办机构应根据协议按时足额拨付;超过总额控制指标部分的医疗费用,可暂缓拨付,到年终清算时,再根据基金预算执行情况、考核情况按协议约定,对定点医疗机构因参保人员就医数量大幅增加等形成的合理超支及定点医疗机构因加强管理等形成的合理结余给予相应补偿。城镇职工医疗保险、城乡居民医疗保险城镇部分先行实施。(省人力资源社会保障厅牵头负责)

(五)强化医疗保险对医疗服务行为的监管。

1.完善医疗保险医疗服务协议管理,在控制医疗费用的同时促进定点医药机构提高医疗服务质量。完善医疗保险医疗服务监管体系,强化医疗保险经办机构对定点医疗机构服务行为的依法监管。完善并推进医疗保险医师管理制度,将医疗保险医师管理纳入到定点医疗机构协议管理范围,促进医疗机构强化医务人员医疗服务行为管理。全面深化医疗保险智能监控系统的应用,加强对医疗服务行为事前、事中监管,从事后纠正向事前预警防范、事中预警干预、事后纠正处理全过程监管的转变。探索建立聘请医疗专家参与监管的工作机制。

2.根据各级各类医疗机构的功能定位和服务特点,分类完善科学合理的考核评价体系,将考核结果与医保基金支付挂钩。中医医疗机构考核指标应包括中医药服务提供比例。城镇职工医疗保险全面实施,城乡居民医疗保险分步实施。(省人力资源社会保障厅、省卫生计生委分别负责)

(六)完善医疗保险支付政策。

1. 基本医疗保险重点保障符合“临床必需、安全有效、价格合理”原则的药品、医疗服务和基本服务设施相关费用。公共卫生费用、与疾病治疗无直接关系的体育健身或养生保健消费等,不得纳入医疗保险支付范围。全面落实国家药品价格谈判结果,扩大重特大疾病用药保障范围;结合按病种付费探索实施医疗保险重特大疾病保障机制。鼓励定点零售药店做好慢性病和重特大疾病用药供应保障,患者可凭处方自由选择在医疗机构或到医疗机构外购药。各地要充分考虑医疗保险基金支付能力、社会总体承受能力和参保人个人负担,坚持基本保障和责任分担的原则,按照规定程序调整待遇政策。(省人力资源社会保障厅、省卫生计生委分别负责,省财政厅配合)

2. 结合分级诊疗模式服务制度建设,引导参保人员优先到基层首诊,对符合规定的转诊住院患者可以连续计算起付线。在确保基层群众享受基本医疗服务权益的基础上,属于按照分级诊疗应在下级医院治疗的,患者未办理相应转诊手续而自行前往上级医院诊疗的,将降低一定比例报销。探索对纵向合作的医疗联合体等分工协作模式实行医疗保险总额付费。

结合家庭医生签约服务制度建设,将符合规定的家庭医生签约服务费纳入医疗保险支付范围。有条件的地区可探索将签约居民的门诊基金按人头支付给基层医疗卫生机构或家庭医生团队,患者向医院转诊的,由基层医疗卫生机构或家庭医生团队支付一定的转诊费用,发挥家庭医生在医疗保险控费方面的“守门人”作用。

(省人力资源社会保障厅、省卫生计生委分别负责)

3. 结合推进公立医院改革,将医疗服务价格调整的部分按医疗保险支付政策纳入基金支付范围,健全医保差别支付政策,做好医疗保险与医疗控费、薪酬制度、分级诊疗等措施的衔接,充分发挥医疗保险的基础性调节与保障功能。(省人力资源社会保障厅、省卫生计生委分别负责,省物价局配合)

(七) 健全支付制度管理机制。

1. 通过与定点医疗机构等医疗服务方,以及药品、医用材料、医疗设备生产销售企业等供应方进行协商谈判,坚持公平、公正、公开的原则,健全谈判协商机制;通过“合理超支分担”的分担方式,健全医疗保险经办机构与定点医疗机构间的风险分担机制;通过加强医疗保险对医疗行为的引导制约和“合理结余留用”,健全医疗保险对医疗行为激励约束机制;通过建立对定点医疗机构服务数量及质量的考核评价,健全医疗行为质量评价和医疗费用控制机制,促进医疗机构自我管理,控制成本、提高服务质量的积极性。(省人力资源社会保障厅、省卫生计生委分别负责)

2. 通过调控区域内医疗卫生资源总量、医疗费用总量与经济发展水平、医疗保险基金支付能力等协同发展,建立宏观调控机制,控制医疗费用过快增长;通过将成本、费用、患者负担水平等指标定期公开,接受社会监督,建立医疗机构效率和费用信息公开机制,为参保人就医选择提供参考;通过引导医疗机构实施以合理诊疗为核心、以医保基金支付效率为评价的绩效考核评价体系,完善公立医疗机构内部绩效考核和收入分配机制,体现多劳多得、优劳优酬。(省卫生计生委牵头负责,省人力资源社会保障厅、省财政厅、省物价局配合)

(八) 推进医药和医疗服务价格改革。

1. 制定与价格改革相适应的药品和医疗服务医保支付标准。通过药品、诊疗项目、医用材料的谈判,科学合理确定药品和医疗服务项目的医保支付标准,并形成与之相适应的向定点医药机构付费标准,探索建立引导药品价格合理形成的机制。(省人力资源社会保障厅牵头负责,省卫生计生委、省物价局配合)

2. 进一步扩大按病种收费的病种数量,建立多种形式并存的定价方式,推进医疗服务定价机制改革,控制医疗费用不合理增长、减轻患者负担,为医疗保险支付方式改革奠定基础。(省物价局牵头负责,省卫生计生委、省人力资源社会保障厅配合)

(九) 加快医疗保险管理信息系统建设。

1. 深入推进《社会保险药品分类与代码》《社会保险医疗服务项目分类与代码》等社会保险技术标准的应用,不断完善全省统一编码的医疗保险药品信息库、诊疗目录信息库、医用材料信息库。在现有医疗工伤生育保险管理信息系统基础上,建立健全保障医保支付制度改革的医保大数据应用体系,形成以大数据智能学习、智能分析、智能决策为依托的智能辅助支持体系。城镇职工医疗保险、城乡居民医疗保险城镇部分先行实施。(省人力资源社会保障厅牵头负责)

2. 不断完善医疗机构院内信息管理系统,完善电子病历管理系统,规范医疗机构院内药品名称和收费项目名称,规范收费计费行为,做好医疗机构信息系统与医疗保险信息系统的全面链接,通过医疗保险管理信息系统实现医疗信息、医保信息的互联互通、实时共享,为深化支付制度改革提供基础信息保障。(省卫生计生委、省人力资源社会保障厅分别负责)

(十) 加强医疗服务规范化管理。加快落实国家层面制定的医疗服务项目技术规范,实现全国范围内医疗服务项目名称和内涵的统一。逐步统一疾病分类编码(ICD—10)、手术与操作编码系统,明确病历及病案首页书写规范,制定完善符合基本医疗需求的临床路径等行业技术标准,督促医疗机构严格贯彻落实,为推行按病种收费、付

费打下良好基础。推行临床路径管理,提高诊疗行为透明度。推进同级医疗机构医学检查检验结果互认,减少重复检查。规范和推动医务人员多点执业。(省卫生计生委牵头负责,省人力资源社会保障厅配合)

三、组织实施

(一)加强组织领导。深化基本医疗保险支付制度改革是发挥医保基础性作用的关键,涉及多方面的利益调整,有较强的技术性和实施难度。各地要高度认识深化医疗保险支付制度改革的重要性,强化政府主体责任,各市级统筹区政府要组织好本地区各相关部门协调推进医疗保险支付制度及相关领域改革,妥善做好政策衔接,发挥政策合力。

(二)明确部门职责。人力资源社会保障部门、卫生计生部门要按照部门职责分工,加强沟通协调,不断完善支付制度改革政策。财政部门要会同人力资源社会保障部门、卫生计生部门做好全面实行基本医疗保险基金预算管理有关工作,共同完善医疗保险基金预算管理的制度和办法,提供保障医疗保险支付制度改革必要的经费支撑。卫生计生、中医药管理部门要督促医疗机构建立健全医疗费用控制机制,加强医疗服务精细化管理,推进医疗机构全成本核算和规范化诊疗工作。物价部门要做好按病种收费等政策和标准的制定工作。

(三)认真抓好落实。各地要按照本方案要求结合实际,于2017年11月底前制定具体工作方案。各相关部门要加强部门配合,运用综合手段,发挥医疗行政管理和医疗保险制约调控能力,发挥部门合力,确保支付制度改革实施取得实效。各地要重视支付制度改革对特殊群体的影响,加强对医保基金支付占比较高的定点医疗机构的指导,妥善做好支付制度改革的全面衔接,避免出现推诿患者,实现平稳过渡。

(四)做好评估宣传。加强不同地区间医疗保险支付制度改革成果交流,及时总结推广好的经验做法。各统筹地区要开展改革效果评估,既对改革前后医疗费用、医疗服务数量和质量、医疗保险待遇水平、参保人员健康水平等进行纵向评估,又与周边地区、经济和医疗水平相似地区进行横向比较,通过评估为完善政策提供支持。要坚持正确的舆论导向,充分调动各方参与医疗保险支付制度改革的积极性、主动性和创造性。要定期公布支付制度改革的进展及成效,主动接受新闻媒体和社会各界的监督,及时解答社会各界关心的问题,为支付制度改革营造良好的舆论氛围和社会环境。